

**SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT  
LUKA BAKAR-COMBUSTIO**

**RAHASIA/CONFIDENTIAL**

No. Polis - Kode Cabang : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Policy Number - Branch Code

Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
 Patient's Name

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ tgl-bln-thn  
 Birth date \_\_\_\_\_ dd-mm-yyyy

No. KTP/SIM : \_\_\_\_\_  
 ID Card No.

Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Occupation

Alamat : \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_

Kota: \_\_\_\_\_ Kode Pos: \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_ Postal Code \_\_\_\_\_

Nama tersebut di atas adalah Pihak Yang Diasuransikan pada PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan diatas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerjasama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

*The above name are insured with PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia who submitting claims related to the above diseases. To enable us assessing the claims, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.*

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat. Jika tidak mencukupi, mohon jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas yang terpisah.

*Questions to be answered by the Medical Practitioner. Please write on back page or attach a separate sheet of paper if space is insufficient for any answer.*

**A. UMUM/GENERAL**

1. Apakah Anda adalah dokter keluarga pasien tersebut?  Ya  Tidak  
*Are you the family doctor of the patient above?* Yes No

Jika "ya", sudah berapa lama Anda mengenal pasien?  
*If "yes", for how long do you known the patient?*

2. Kapan Anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?  
*When you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms & how long had the symptoms been present?*

--

3. Berdasarkan **ANAMNESA**, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini? Mohon jelaskan penyakit/keluhan apa saja & sejak kapan diderita pasien?  
*Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptom above or any related diseases? Please give explanation about the disease/symptom and since when was it detected.*

<u>Penyakit-Gejala/Disease-Symptom</u>	<u>Pertama kali terdeteksi/First detected</u>

4. Kapan untuk pertama kali pasien mengetahui tentang penyakitnya?

*When did the patient first become aware of the disease?*

--	--

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter/rumah sakit yang pernah dikunjungi dan berikan tanggal konsultasi terakhir  
*Please give us the name and address of doctors/hospitals visited by the patient and the date of last attendance*

Nama/Name	Alamat/Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol dan obat terlarang  
Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

*Please provide about the patient's habits in smoking, alcohol and drug abuse? What kind and how many a day?*

--	--

---

#### B. RINCIAN MEDIS/MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci

*Please provide the details of diagnosis*

--	--

Mohon jelaskan peristiwa terjadinya luka bakar serta tanggal kejadian

*Please provide the incident and when it occurred*

--	--

2. Bagaimana derajat dari kerusakan kulit dan luas permukaan tubuh yang terjadi akibat luka bakar ini?

*Please explain about skin damaged/skin layers damage and total wide surface area of the patient's body caused by this injured (degree/Level of burn)*

Derajat 1/Degree 1: Luas Permukaan Tubuh/total wide surface area ..... %
Derajat 2/Degree 2: Luas Permukaan Tubuh/total wide surface area ..... %
Derajat 3 / Degree 3: Luas Permukaan Tubuh/total wide surface area ..... %

3. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan

*Please attach results of any examination performed and provide remarks if any*

--	--

4. Tindakan dan pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk saat ini?

*What kind of treatment or medication is being done until now?*

--

5. Apakah dilakukan cangkok kulit pada pasien?

*Is a skin grafted in this patient?*

Ya/Yes

Tidak/No

Jika Ya, berapa persentase permukaan tubuh pasien yang dilakukan cangkok kulit?

*If yes, how many percentage of the patient's body surface skin grafted?*

--

6. Mohon berikan nama dan alamat dokter/rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya

*Please give us the name and address of doctors/hospitals refferal for further treatment*

Nama/Name	Alamat/Address

7. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat digunakan untuk membantu proses analisa dari klaim ini

*If there is any further information which will assist us in assessing this claim, please give details*

--

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Penyakit Kritis ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("Perubahan") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir ini yang berkaitan dengan diagnosis, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

The information and/or statement I provide on this Critical Illness Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, omission, revision, correction, and/or revocation ("Change") of any information and/or statement on this Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.

**Nama Dokter**

Doctor's Name

**Alamat Dokter**

Doctor's Address

  
Kode Pos :  
Postal Code**Tanggal**

Date

 -  - **Tanda tangan dan stempel dokter**

Stamp and signature of the doctor

**PERHATIAN / ATTENTION:**

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA.

ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.